ALLEGATO B



Data

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il <u>CORSO DI FORMAZIONE</u>



RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

/il sottoscritta/o	(Nome e Cognome)	
		3 / /
ta/o a (Luogo di nascita)	Prov	. 11/
, ,	DICHIARA	
consapevole che chiunque rilascia dichiarazio speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degin relazione al titolo denominato:conseguito presso ente, struttura formativa, u	gli artt. 46 e 76 del D.P.R. n.	445/2000 s.m.i.,
0 1	•	che il relativo percorso
formativo è stato svolto nel territorio di code		•
$\Box 1$ $\Box 2$ $\Box 3$ $\Box 4$ $\Box 5$ per	r complessive ore:	così suddivise:
1° anno – ore totali: di cui:	2° anno – ore totali:	di cui:
- ore di formazione teorica: ore di formazione pratica:	- ore di formazione	teorica:
3° anno - ore totali: di cui:	4° anno – ore totali:	di cui:
- ore di formazione teorica:	- ore di formazione	teorica:
- ore di formazione pratica:		pratica:
5° anno – ore totali: di cui:		
- ore di formazione teorica:		
- ore di formazione pratica:	_	
Data	Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) La firma non va autenticata	

La firma non va autenticata